N° 369

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"
BIBLIOTECA
1487
Magdalena del Mar

Acerca de los trastornos lejanos de la Ovariectomia

MINISTERIO DE SALUD
Inventario y
Control Patrimonial
Hospital "Victor Larco Herrera"

TESIS DE BACHILLERATO

RICARDO MENDOZA M.

C. F. Southwell
1939

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"
BIBLIOTECA
1487
Magdalena del Mar

Acerca de los trastornos lejanos de la Ovariectomía

TESIS DE BACHILLERATO

RICARDO MENDOZA M.

C. F. Southwell

1919

19/IV/953

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

T-0519

A MIS PADRES

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Para mi buen amigo y principal colaborador el Dr. Honorio F. Delgado, con todo cariño

Ricardo Mendoza H.

Señor Decano:

Señores catedráticos:

Traigo a consideración un tema, los trastornos lejanos de la ovariectomía, que siempre ha despertado mi curiosidad, ya porque es natural que a la presencia de un enfermo nos interesemos en remediar sus males, ya por saber si los cargos que se hacen contra los profesionales, que asisten esta clase de enfermos, son justos.

Hoy esta cuestión quizá no tenga la importancia práctica de otros tiempos, ya que la cirugía conservadora ha hecho y hace rápidos progresos, merced a los adelantos fisiológicos; pero el hecho de que aún existan lesiones de los ovarios para las que no se cuenta actualmente con otro tratamiento que su extirpación, hace que, indudablemente, su interés no se haya perdido por completo. Aparte de esto, si nos colocamos desde el punto de vista de la patogenia de los trastornos que nos ocupamos, el tema es de todo interés, desde que en su mecanismo intervienen las glándulas de secreción interna, hoy objeto de profundos estudios con los que se espera poner en claro muchas incógnitas con las que aún cuenta nuestra cien-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

cia. Es de estos estudios que debemos esperar también los beneficios de un tratamiento eficaz de los trastornos ovari-privos, que haga que sus víctimas sean menos pesimistas acerca de la naturaleza de ellos.

Las porciones de que se compone este trabajo son: un primer capítulo de historia de la ovariectomía, en el que señalamos de modo muy suscinto sus principales indicaciones; un segundo, sobre la fisiología del ovario que pone en relieve su gran importancia para el organismo femenino; otro sobre los trastornos que su extirpación origina y el último sobre su tratamiento, problématico todavía. En todos ellos he procurado ser sintético sin descuidar, por lo menos en mi concepto, los puntos de importancia tanto teórica, como práctica.

Antes de poner fin a estas líneas, debo manifestar mi profundo agradecimiento a los doctores Hermilio Valdizán y Honorio F. Delgado que me han alentado y prestado su valioso concurso, para mí muy necesario, en este tema seguramente insignificante en otras manos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

HISTORIA DE LA OVARIECTOMIA

La castración ha sido practicada desde la más remota antigüedad. En el Egipto, la Siria, la India, se le ha efectuado en relación con costumbres sociales y religiosas. Los romanos castraban a las prostitutas, probablemente con el fin altamente eugénico de evitarles la maternidad, y hoy mismo se le practica entre algunas sectas religiosas de Rusia y Rumanía, por ser creencia entre ellas de que es el único modo de alcanzar el cielo.

La primera vez que se ha practicado con fin terapéutico, fué el año 1790, en que Percival Pott extirpó ambos ovarios por una hernia de los mismos. Los resultados lejanos, señalados por este autor, fueron la amenorrea y la gordura.

La introducción y práctica por Mac Dowell en 1809 de la ovariotomía como tratamiento de los quistes del ovario, proporcionó a J. S. Astlee, en 1843, la oportunidad de extirpar ambos ovarios por lesiones de aquella naturaleza. Después la ovariectomía fué practicada por otros muchos cirujanos en idénticas circunstancias.

Sin embargo, sea porque estas operaciones fueran llevadas a cabo en procesos degenerativos avanzados o en enfermas próximas a la menopausia, sea por que no fueron observadas las operadas algún tiempo después de ella; lo cierto es que no se encuentra de aquel entonces ninguna monografía señalando sus consecuencias lejanas. Antes bien, a pesar de un trabajo de Bailly, en 1871, en que señalaba en una operada suya, de 32 años, pasados tres años de la intervención, trastornos de los deseos sexuales, de la vista ,del oído, obesidad, etc., nos encontramos con relaciones, como la de Puech, en 1873, que dicen: "la

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

extirpación de los ovarios no trae ninguna modificación notable en el organismo.... Los sentimientos persisten.... Los órganos genitales permanecen excitables.... En todos los casos hay amenorrea y salud perfecta".

Por otra parte, Lutaud, en 1879, decía: "La castración practicada en la mujer adulta no modifica considerablemente el tipo femenino y los solos cambios que merecen ser mencionados son: la amenorrea, la disminución de los deseos venéreos, la alteración de la voz y la hipertricosis y éstos están lejos de ser constantes".

Con estos datos se explica perfectamente que Batley, en agosto de 1872, propusiera y practicara la extirpación de los ovarios, la ovariotomía normal, como él la llamó, queriendo significar que el ovario conserva su volumen normal, como tratamiento de la dismenorrea. Por su parte, Hegar, el mismo año, en el mes de julio, practicó la misma intervención por trastornos semejantes, sin que pudiera conocer sus resultados por haber fallecido la enferma de peritonitis.

Desde que esta operación fué conocida, parece que se abusó de ella, ya que su principal autor y del que lleva su nombre (operación de Batley) protestó de ello en el Congreso Internacional de Medicina celebrado en Londres, en 1881.

Igualmente ha sido empleada por Hegar como tratamiento de los fibromiomas uterinos y practicada por muchos otros autores. El profesor Forgue declara haberla practicado, a pesar de ser histerectomista, 16 veces en fibromas pequeños con grandes hemorragias habiendo "obtenido magníficos resultados hemostáticos".

Por nuestros cirujanos la ovariectomía aislada no parece haber sido practicada, sino siempre asociada a la histerectomía. Las primeras intervenciones de este género (histerectomía con extirpación de anexos), fueron efectuadas en 1896, por nuestros

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

maestros Carvallo y Denegri, separadamente. Inútil nos parece agregar, que después ha sido practicada por casi todos nuestros cirujanos. Así, nuestro maestro el doctor Guillermo Gastañeta nos ha manifestado no haber necesitado jamás extirpar los dos ovarios y nos decía, que en caso de hablar de la profilaxia de los trastornos que nos ocupamos, insistiéramos en la necesidad de que el ovario, o trozo del mismo, que se deje en el organismo para conservar la secreción interna, debe guardar sus relaciones vasculares, porque de otro modo equivale a hacer un injerto, cuya eficacia es problemática.

La ovariectomía ha sido practicada igualmente por prolapso del ovario, por hernia del mismo, como tratamiento de algunas enfermedades mentales, etc., y en fin, en 1895, como tratamiento paliativo (?) o curativo (?) del cáncer inoperable de la mama y del útero.

El primer trabajo que expone de una manera muy completa los trastornos lejanos de la ovariectomía, se debe a Glaeveck, publicado en 1889. Este trabajo debe haber sido poco conocido, ya que en el 5°. Congreso francés de cirugía realizado el año 1891, la mayoría de los cirujanos eran optimistas respecto a las consecuencias lejanas de esta intervención. Además, debemos señalar, como muy completos, el de Jayle en 1897 y el de Tuffier y Mauté, en 1912, con ideas completamente nuevas.

Desde que se conocieron los resultados lejanos de la castración y aún antes (1886) por Olshausen, de Alemania, y Polk, de New York, ya había sido propuesta y practicada la cirugía conservadora de los anexos y del útero, de la cual Martin se hace uno de sus más ardientes defensores. Se comprende, sin dificultad, que en esos tiempos la mente de estos cirujanos era, principalmente, la de conservar a la operada su noble función de la maternidad.

Con esta idea y el conocimiento de los trastornos de la ovariectomía, por los trabajos de Glaeveck y de

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Jayle principalmente, se explica que la cirugía conservadora tomara gran vuelo, teniendo como principales defensores y divulgadores a Pozzi, Martin, Faure, Doederlein, Kroenig, etc.

Entre nosotros esta cirugía está muy extendida, siendo muy practicada, entre otros, por nuestros maestros Carvallo, Gastañeta, Denegri, Bello, etc. Desgraciadamente la naturaleza de algunas lesiones (degeneraciones malignas de los ovarios, ooforosalpingitis doble con muchas adherencias, etc.), no permiten ponerla siempre en práctica.

FISIOLOGIA DEL OVARIO

Según el estado actual de nuestros conocimientos, el ovario tiene dos funciones: una de secreción externa, la ovulación, conocida y bien estudiada desde hace tiempo; y otra de secreción interna, sospechada hace algunos años y hoy bien puesta de manifiesto por la clínica y la experimentación, aunque quizá no perfectamente conocida en la totalidad de su mecanismo íntimo.

Con objeto de dar mayor claridad a la descripción que intentamos hacer de estas funciones, comenzaremos por un rápido recuerdo de la constitución anatómica del órgano en estudio.

*
* *

En un corte de ovario, perpendicular a su hilio, se distinguen a la simple vista dos sustancias: una central, de color rojo oscuro, llamada sustancia medular o bulbo ovárico; y otra, que rodea completamente a la anterior, excepto a nivel del hilio, la sustancia cortical, de color amarillo rojizo, sembrada de corpúsculos redondeados, de distintos tamaños, los folículos de Graaf u ovisacos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

En el mismo corte, preparado convenientemente y llevado al microscopio, encontraremos: yendo de la periferia al centro, una capa de células cilíndricas que tapiza la superficie del ovario y que a nivel de su hilio se detiene, poniéndose en contacto con las células peritoneales (línea de Waldeyer); una capa de tejido conjuntivo condensado, pero delgada, dependiente del estroma del ovario, a la que se ha dado el nombre de albugínea (falsa albugínea de Testut); inmediatamente después, una multitud de agrupamientos celulares, los folículos, de distinto tamaño y aspecto, pero de disposición especial, que luego describiremos, y a los que separa, unos de otros, un tejido conjuntivo laxo, dentro del cual se ven también agrupamientos celulares, en número diferente y aunque de constitución semejante, que constituye la glándula intersticial ovárica, por analogía con lo que se halla en el testículo; por último, en la porción central (bulbo ovárico) los nervios y vasos del órgano, rodeados de tejido conjuntivo denso y de algunas fibras musculares lisas.

Vamos ahora a describir el desarrollo completo de uno de esos agrupamientos celulares, de constitución especial, que existen en la capa cortical, es decir, los folículos, pues son la unidad elemental de todo el funcionalismo ovárico.

El folículo, en su más simple expresión, está constituído por una célula central, el óvulo, rodeada de una capa de células planas de naturaleza epitelial. Este conjunto se ha denominado folículo primordial. Llegada la pubertad, las células epiteliales que rodean al óvulo entran en poliferación y forman a su alrededor una serie de capas concéntricas (capa granulosa), al mismo tiempo que el óvulo crece y se rodea de una membrana propia (vitelina), que es dependiente de las células granulosas; como es natural, el estroma que rodea al folículo, prolifera también, envolviéndolo en dos capas: una externa de tejido conjuntivo denso (teca externa) atravezada por los

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

vasos encargados de nutrirlo y otra interna (teca interna) de tejido conjuntivo laxo, muy vascularizada y que se halla separada de la capa granulosa por una membrana vítrea, formada a sus expensas, para algunos autores, a expensas de la granulosa, según otros.

En un momento dado del crecimiento, en un punto de la membrana granulosa, sea por disolución de algunas células, como piensan algunos histólogos, sea por secreción de las mismas, como quieren otros, lo cierto es que se forma una cavidad llena de un líquido claro el *liquor folliculi* o líquido folicular. La formación de esta cavidad divide la membrana granulosa en dos esferas: una externa, hueca, que sigue en contacto con las tecas del folículo, y otra interna, constituída por el óvulo y además una porción de células granulosas que lo rodea (*cúmulus prolígero*) que serán eliminadas con él en el momento de la puesta. Ambas esferas están unidas del lado del folículo que mira al bulbo ovárico.

Como el *liquor folliculi* aumenta cada vez más, resulta que el folículo gana a su vez en dimensiones, comprimiendo al tejido conjuntivo que lo rodea y especialmente a la zona que lo separa de la superficie ovárica a la cual priva, por este mecanismo, de su nutrición, constituyendo, así, un punto débil a su alrededor.

En el momento que precede a la puesta, el ovario se congestiona; esta congestión, unida a la debilidad del estroma que rodea al folículo del lado de la superficie ovárica, y a la contracción de las fibras musculares lisas que existen en el bulbo, darían lugar a la ruptura de aquél y la expulsión hacia la superficie ovárica del líquido folicular junto con el óvulo rodeado del *cúmulus prolígero*. Este fenómeno constituye la "puesta ovárica" la que, según los estudios de Meyer y Ruge, tendría lugar de 8 a 12 días después de haber cesado la menstruación, contrariamen-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

te a lo que se creía antes, esto es, que coincidía con ella.

Mientras se realizan los fenómenos antes descritos, que tienen por fin llevar al folículo al estado adulto y a su ruptura, el óvulo, que desde que el folículo sale de su quietismo, comienza a crecer, ha sufrido una serie de transformaciones, que tienen por objeto hacerlo apto para ser fecundado, o sea el proceso de maduración.

La reunión de los fenómenos anteriormente indicados, crecimiento y ruptura del folículo y maduración del óvulo, constituyen la secreción externa del ovario o sea la ovulación.

Una vez roto el folículo y expulsado el óvulo, con el líquido folicular, etc., lo que queda de aquel (tecas, porción externa de la membrana granulosa) constituye el "cuerpo amarillo". La evolución que éste sufre, antes era considerada como un simple proceso de cicatrización; pero las experiencias de Fraenkel han puesto de manifiesto que no es así; sino que tal proceso llena importantes funciones en el organismo femenino, como luego veremos.

Es de necesidad que hagamos una ligera reseña de la estructura del cuerpo amarillo, antes de indicar sus funciones.

Poco tiempo después de la salida del óvulo, los restos del folículo, células granulosas y teca interna, entran en proliferación: las primeras, aumentando su volúmen y número, al mismo tiempo que su protoplasma se carga, poco a poco, de finas granulaciones, de vesículas de grasa, de granos lipoidianos y de una sustancia de color amarillo, la luteína, a la que debe su color especial, la formación que estudiamos; en la teca interna, las células aumentan, también, se cargan de grasa e invaden, paulatinamente, en sentido radial, junto con los haces conjuntivos y vasculares, las células luteínicas. Llega, así, a llenarse con estas formaciones la cavidad del antiguo folículo convertido, ya, en cuerpo amarillo en pe-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ríodo de estado, estando limitado como aquél por la teca externa, que no ha sufrido modificación.

Llegado a este período, de su mayor desarrollo, el cuerpo amarillo permanece en él durante algunos días (5 o 6) y luego entra en regresión (1 o 2 días antes de aparecer la menstruación), por atrofia de sus células, que van perdiendo, lentamente, sus distintas granulaciones, a la vez que el tejido conjuntivo prolifera, llenando el espacio dejado por ellas, si el óvulo no ha sido fecundado, y en caso contrario continúa su desarrollo hasta el tercer mes del embarazo en que se inicia su regresión. De aquí que la división sea, no por su estructura, sino por su duración, en cuerpo amarillo de la menstruación, llamado "falso", por algunos autores, y cuerpo amarillo del embarazo (verdadero).

La actividad de la formación que estudiamos tiene un efecto evidente en la aparición de la menstruación. En efecto, sabemos, desde los trabajos de Fraenkel, que la destrucción por el termocauterio de los folículos próximos a estallar o del cuerpo amarillo en vía de crecimiento, determina la supresión de la menstruación correspondiente, y en cambio, si se acelera la formación de aquél, se produce un adelanto en la aparición de las reglas.

La secreción interna del cuerpo amarillo en vías de crecimiento, determinaría la serie de modificaciones que presenta la mucosa uterina en el período premenstrual, pero no sería el factor necesario para la producción del flujo. Corroboran este modo de pensar hechos clínicos y experimentales: sabemos, en efecto, que en la mucosa uterina de úteros procedentes de histerectomías, Meyer y Ruge han encontrado las modificaciones premenstruales, siempre que existía en alguno de los ovarios un cuerpo amarillo en crecimiento; que la presencia de un cuerpo amarillo en ovarios de conejas después de un coito, no fecundante, determina la aparición de las modificaciones gravídicas de la mucosa uterina, las que

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sabemos son semejantes a las premenstruales, etc. En cuanto a la necesidad de la regresión del cuerpo amarillo para que la menstruación se produzca, Meyer y Ruge dicen que, según sus investigaciones histológicas, la regresión se iniciaría uno o dos días antes de presentarse las reglas, y por otra parte, tenemos el hecho de "que en la vaca, el celo (equivalente bajo el punto de vista fisiológico a la menstruación humana), no aparece si se retarda la aparición del cuerpo amarillo; y si por medio de una sencilla maniobra se aplasta el cuerpo amarillo (que en este animal es accesible a la palpación), es decir, se determina una regresión traumática, aparece el celo inmediatamente".

El cuerpo amarillo ejercería, además, una acción protectora en la nidación y desarrollo (por lo menos durante los primeros meses del embarazo) del óvulo fecundado. En este punto no están de acuerdo todos los autores y si bien los partidarios de él dicen que el cuerpo amarillo determina las modificaciones gravídicas de los órganos genitales, necesarias para la fijación y desarrollo del óvulo fecundado; su presencia impide la maduración de nuevos folículos, lo que daría lugar, después de la ovulación, a la formación de un cuerpo amarillo, con la serie de modificaciones de la mucosa uterina que acompañan a su evolución, y que traerían la expulsión, segura, del producto de la concepción; otros, por el contrario, niegan esta acción protectora (directa e indirecta) y si se quiere necesaria, del cuerpo amarillo; y sostienen tal afirmación con el hecho de haber extirpado un ovario con el cuerpo amarillo gestativo sin que el aborto se haya producido.

A las hormonas del cuerpo lúteo se atribuye también por Ancel y Bouin en la hembra del conejo, una acción hiperplásica del tejido de las mamas en los primeros tiempos del embarazo, pero sin intervención en el proceso de secreción de las mismas, para lo que sería necesario la acción de otras hormo-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

nas, procedentes de la glandula miometral por ellos descrita.

Se señala en la mujer igual acción a hormonas de la formación que estudiamos y de la glándula intersticial, tanto durante el período premenstrual, como en los primeros tiempos del embarazo, continuándola durante éste, una vez iniciada la regresión del cuerpo amarillo, no sólo la glándula intersticial, sino también hormonas procedentes del útero, del feto y de la placenta.

Hemos visto hasta aquí el desarrollo del folículo hasta su maduración, con su ruptura y expulsión del óvulo y la formación consecutiva y las funciones del cuerpo amarillo. Pero de los 400,000 folículos que contiene cada ovario, según Sappey, o 36,000, según Henle, sólo unos cuantos (1|200) alcanzan el desarrollo que hemos indicado, o sea su maduración y ruptura; los demás entran, sucesivamente, en evolución, desde el nacimiento hasta uno o dos años después de la menopausia; pero su desarrollo es incompleto. En efecto, aquí también, el óvulo crece, las células que lo rodean aumentan de volumen y se multiplican, el tejido conjuntivo forma las tecas respectivas, pero una vez formado el líquido folicular, y a veces antes, el óvulo entra en regresión, sea por el ataque de leucocitos venidos de las tecas, sea por degeneración de su núcleo (cariolisis), a su vez que el tejido conjuntivo de la teca interna entra en proliferación y ocupa el espacio dejado por el óvulo y las células granulosas. En su invasión, las células redondeadas de la teca interna aumentan de volumen, se cargan de grasa y se tiñen de amarillo por la luteína; son las células teca luteínicas para diferenciarlas de las células luteínicas del cuerpo amarillo, que son de naturaleza epitelial y más voluminosas.

Es de esta evolución abortada de los folículos que resultarían esos cúmulos de células que existen en el estroma ovárico, y que constituyen la glándula intersticial; en otros términos, ésta está constituida

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

por agrupamiento de células teca luteínicas. Esta comunidad de origen hace pensar en la similitud de función de ambas formaciones y, como dice Marañón, "ya se descubren en el organismo fetal rasgos distintivos desde el punto de vista sexual, que suponen la existencia de una secreción interna ovárica; secreción interna que sólo puede, en dicha época ser suministrada por el tejido folicular", y, como veremos luego, es la determinación de los caracteres sexuales secundarios, una de las funciones de la glándula intersticial. Para algunos autores, las células intersticiales se formarían también, en determinadas circunstancias, directamente del propio estroma ovárico.

La semejanza aparente de las células luteínicas del cuerpo amarillo y las de la glándula intersticial (teca-luteínica) ha hecho pensar a Biedl que ambas formaciones tienen igual función. Y viene en apoyo de esta opinión, el hecho de que durante el embarazo, precisamente cuando el cuerpo amarillo gestativo entra en regresión, la glándula intersticial alcanza un gran desarrollo; no es menos significativo que esté poco desarrollada en los animales con ovulación periódica y, por consiguiente, con cuerpos amarillos periódicos también, etc.

Por su parte Pende y Marañón no piensan lo mismo y dan, entre otras razones, las siguientes: el diferente origen de ambas células que hace más lógico congeturar que tengan diferente función; el que la glándula intersticial alcance gran desarrollo poco antes de la pubertad, precisamente, cuando tienen lugar las modificaciones morfológicas y psíquicas que contribuyen a la transformación de la niña en mujer; el que en los animales invernantes, la formación de que hablamos, se reduzca grandemente durante el sueño invernal, cuando están abolidas las funciones sexuales, etc. Todo esto los lleva a la conclusión de que la glándula intersticial tendría bajo su dependencia el establecimiento de los caracteres

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sexuales secundarios, (1) y la impulsión sexual por intermedio de hormonas especiales por ella producidas.

De igual modo piensan Ancel y Bouin. Apoyaría, también, ésta interpretación la circunstancia de que en la hembra castrada no se producen las modificaciones morfológicas que la castración determina, siempre que se haya hecho un ingerto ovárico y éste conserve intacto su tejido intersticial.

Además de las funciones descritas, el ovario intervendría en otras, merced a la producción de otras hormonas (producidas, también, por el tejido intersticial y folícular) puestas de manifiesto por las consecuencias de la castración, las cuales actuarían sobre el crecimiento del esqueleto, sobre la nutrición general y sobre el sistema nervioso vegetativo. Pero no está demostrado que estas hormonas actúen directamente, de un modo autónomo, en estos distintos procesos; sino, más bien, parece que fueran determinados por la acción de esas hormonas sobre el funcionalismo de otras glándulas endocrinas y principalmente sobre el tiroides, las cápsulas suprarrenales y la hipófisis. "Podemos considerar a estas tres glándulas y el ovario enlazadas entre sí en un círculo funcional, de suerte que al ponerse una en movimiento, se movilizan las otras tres indefectiblemente".

Vemos, pues, resumiendo, que el ovario tiene múltiples funciones, y que todas tienden a un mismo fin. En efecto, por un lado la ovulación, que con la reunión de circunstancias determinadas lleva a la mujer a la concepción; por otro, la de las hormonas del cuerpo amarillo que van a hacer posible el desarrollo del

---

(1).— M. E. Steinach, ha demostrado experimentalmente que los caracteres sexuales secundarios de los mamíferos se pueden cambiar en el animal joven, con solo ingertar las glándulas de un individuo de sexo contrario en uno que previamente se ha castrado.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

óvulo fecundado o por su regresión a determinar la expulsión, mediante el acto complejo de la menstruación, de una célula inútil y quizá perjudicial para el organismo en estas condiciones; y por último, la de las hormonas sexuales y generales, ambas producto de los tejidos folicular e intersticial y de las cuales, las primeras, (las sexuales) van a ser el imán, si se nos permite la expresión, para que la fecundación se realice; y las segundas (las generales) de acciones complejas, como hemos dicho, las que determinan las modificaciones nerviosas, del metabolismo (esqueléticas principalmente) necesarias para que llegue a buen término el producto de la fecundación; en una palabra el ovario es el órgano que más contribuye a que la mujer llene su más alta función sobre la tierra: la maternidad.

CONSECUENCIAS DE LA OVARIECTOMIA

Conocidas las funciones del ovario vamos a ocuparnos de los trastornos que su extirpación origina (hablamos de ablación doble) en los distintos órganos y, por consiguiente, en las distintas funciones del organismo femenino.

Sabido es desde muy antiguo, que los trastornos que la castración produce, son distintos en algunos puntos, según la edad en que ésta se lleva a cabo. Por este motivo y siguiendo en esto la costumbre clásica, describiremos estos trastornos en la mujer ovariectomizada antes de la pubertad y en la que se lleva a cabo la operación después de ella (mujer adulta). Hagamos notar, también, la menor intensidad, y aún la menor frecuencia, que revisten estos trastornos, cuando la castración se verifica en los albores de la menopausia, como si el organismo estuviera, ya, preparado a resistir la supresión de estos

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

órganos, tan importantes durante casi toda la vida de la mujer.

La castración efectuada antes de la pubertad produce una serie de trastornos en el organismo de la niña, de los cuales los más saltantes son: la regresión de los caracteres sexuales primarios y la detención del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios; pues hoy se sabe, que si no todos, muchos, ya es posible descubrirlos aún en la vida intrauterina. Las trompas, el útero, la vagina y la vulva sufren una detención en su desarrollo y, poco a poco, entran en regresión. Los pelos del pubis, así como los de la axila aparecen tardíamente y son poco desarrollados. Demás nos parece indicar que la menstruación no aparece; el instinto sexual por lo general no se desarrolla. La voz conserva el timbre infantil, debido, también, al no desarrollo de la laringe y a su muy tardía osificación.

El cuerpo no presenta las formas propias del sexo femenino, cosa en la que influyen, principalmente, el especial desarrollo del esqueleto y la repartición de la grasa, la cual se hace, como luego veremos, de un modo particular.

Por lo que se refiere al esqueleto, hay una serie de modificaciones importantes; así los huesos largos alcanzan un mayor desarrollo en longitud, debido a la persistencia y funcionamiento más prolongado de sus cartílagos epifisarios; este crecimiento en longitud, que se lleva a cabo principalmente, para los huesos de la pierna, hace que los castrados tengan una estatura mayor que la media, pero sin llegar al gigantismo. Por lo que respecta a la cabeza, aparece pequeña en relación con la talla alcanzada por el desarrollo de las extremidades. A los rayos X se constata un exagerado ensanchamiento de la silla turca, cosa que se debe, seguramente, a la hipertrofia de la hipófisis que se presenta, casi siempre, en los castrados.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El tronco aparece también poco desarrollado. La pelvis no se desarrolla y, por consiguiente, conserva los caracteres infantiles.

La tendencia a la obesidad en la castrada antes de la pubertad es mayor que en la castrada en edad adulta y también, como veremos que pasa en ésta, hay mayor acúmulo de grasa en las nalgas, caderas y bajo vientre, así como en las mamas y los muslos.

Como hemos dicho en el capítulo anterior, el ovario tiene estrechas relaciones con otras glándulas endocrinas y, principalmente, con el tiroides, la hipófisis y las glándulas suprarrenales (en su porción cortical); lógico es, pues, que estas presenten alteraciones, que son: respecto a la primera (tiroides), una detención del desarrollo, seguida de atrofia de la glándula; por lo que hace a la segunda (hipófisis), la mayoría de los autores dicen haberla encontrado hipertrofiada; sin embargo, otros, refiriéndose, principalmente, a experiencias realizadas en animales, dicen que no es un signo constante, y algunos hasta que sería cuestión de especie y hasta de sexo el que se presente hipertrofiada o atrófica; y, en fin, la última (suprarrenal) parece que no sufriría ninguna alteración. Más bien las alteraciones del timo serían constantes y se manifestarían por su persistencia e hiperplasia de sus elementos linfáticos.

Trastornos del lado del aparato circulatorio, tan frecuente en la ovariectomizada en la edad adulta, no han sido señalados en la que la operación se ha llevado a cabo antes de la pubertad; quizá si esto deba atribuirse a la regresión del tiroides (que parece ser el responsable, en su mayor parte, de estos trastornos en la castrada adulta) y también a la ninguna alteración que presentan las cápsulas suprarrenales. Del lado de la sangre se han señalado alteraciones del número de glóbulos rojos y cantidad de hemoglobina, pero estos reconocimientos se han llevado a cabo en animales.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

El carácter de la castrada antes de la pubertad es más tranquilo, más tímido, en cierto modo apático que el de la mujer no castrada.

La acción sobre las funciones de nutrición no está bien estudiada, pero parece que, así como pasa en la ovariectomizada en la edad adulta, hubiera un retardo en las diferentes funciones. Lo manifestaría la obesidad casi constante.

La castración en la edad adulta, que es la más frecuentemente practicada con un fin curativo y a la que nosotros nos referimos en particular, produce también un cúmulo de trastornos, que, aunque quizá no tan profundos como los de la anteior, no por eso dejan de ser muy serios, ya que en la mayoría de ellos, hacen de la operada una esclava de los consultorios médicos y una víctima más propicia a las enfermedades de la nutrición, cuando no, en los casos más desgraciados, la llevan a un manicomio. Desde luego, que estos resultados, que vamos a describir, no son la expresión de la extirpación de ovarios, más o menos, completamente atacados en su constitución y por consiguiente, casos en que las enfermas han presentado ya los síntomas de una insuficiencia ovárica, cuando menos parcial, que han ido acentuándose a medida que las lesiones del órgano progresaban; en estos casos la operación viene a ser, indudablemente, un coadyuvante para la acentuación de los trastornos y también una necesidad por la naturaleza de las lesiones, para las que no contamos, todavía, con mejores medios de tratamiento. Pero hay muchos en que la intervención no es practicada en estas condiciones y contra esto se debe reaccionar, ya que en estos casos es donde los efectos son más graves.

Naturalmente, que intervenciones de este género, no las hacen nuestros primeros cirujanos y lo que es más, para felicidad de muchas mujeres, ni la mayoría de ellos; pero que hay algunos que las practican, es evidente, quizá por dificultades de técnica.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Veamos que trastornos produce la ovariectomía en la edad adulta.

Por lo que se refiere a los caracteres sexuales primarios, el útero y las trompas se atrofian, lentamente, hasta alcanzar la degeneración fibrosa. Muchas veces se ha constatado la atrofia de la vagina, la desaparición de su columna anterior y la escasez de la secreción que la lubrifica, lo que le da cierta sequedad; la vulva, también aparece atrofiada.

Respecto a los caracteres sexuales secundarios estos también se alteran y así tenemos que la menstruación, en la mayoría de los casos, desaparece; sin embargo, algunas operadas la conservan, por cierto tiempo, y en otras, según algunos autores, aparecerían, en la época correspondiente a las reglas, congestiones de algunas vísceras o mucosas, como el pulmón, intestino, mucosa pituitaria, etc., congestiones que podrían ir hasta la producción de hemorragia (hemoptisis, enterorragia, epístasis, etc.) El apetito sexual no siempre está abolido; muchas mujeres lo conservan y en algunas hasta parece exagerado. En su conservación influiría, según muchos autores, la imaginación de la paciente. Las alteraciones de las mamas son muy variadas, presentándose, algunas veces, las más numerosas, atrofiado su tejido glandular; otras, por el contrario, hipertrofiado y llegar hasta producir leche, y en fin, otras, no sufrir alteración.

Modificaciones esqueléticas no han sido señaladas en la castración llevada a cabo en la edad adulta.

La acción sobre otras glándulas endocrinas es muy importante ya que, seguramente, ellas intervienen, por sus alteraciones, en la patogenia de la mayoría de los trastornos que siguen a la ovariectomía, si bien su mecanismo íntimo no está todavía bien conocido.

Por lo que se refiere al tiroides se constata una hipertrofia en los primeros tiempos que siguen

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

a la ovariectomía, produciéndose, poco después, según toda probabilidad, la. atrofia de la glándula Estas alteraciones están en perfecta relación con las manifestaciones basedowiformes, tan frecuentes en las ovariectomizadas, sobre todo, en los primeros tiempos que siguen a la operación. Además estaría a favor de este hecho el gran número de casos de bocio exoftálmico señalados por muchos autores después de la castración.

Las cápsulas suprarrenales, también, aparecen hipertrofiadas en su porción cortical, pero sin alteración anatómica, según la mayoría de los autores, en su porción medular.

Por último, respecto a la hipófisis, no se tienen datos seguros, pero según muchos autores, no se produciría alteración alguna.

Se ha señalado el retardo de la involución del timo, pero sin llegar a impedir su regresión.

La castración produce un retardo en el consumo de las grasas y su acúmulo en determinadas regiones del organismo, como el bajo vientre, las caderas, la región glútea, los muslos y las mamas en la mayoría de los casos, yendo en otros hasta la producción de la verdadera obesidad. Sin embargo, en algunas ovariectomizadas se presenta, por el contrario, un adelgazamiento manifiesto. Estos diversos estados producidos por una misma causa, estarían en relación con los alteraciones funcionales producidas en otras glándulas endocrinas y, principalmente, sobre el tiroides, hipófisis y timo, las que a su vez reaccionarían de diferente modo, según el temperamento endocrínico anterior de la operada. Por lo que hace al adelgazamiento tenemos, además de las razones anteriores, que "la inconstancia de la obesidad en las mujeres castradas por los ginecólogos, se explica en algunos casos, porque tal vez la castración no sea absoluta, ya que además de los ovarios principales hay en ocasiones porciones accesorias, cuya energía funcional puede llegar a cumplir la función endo-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

crina de aquellos''. Se sabe, por otra parte, que porciones relativamente pequeñas de glándulas endocrinas, son capaces de suplir la función de la glándula íntegra.

La castración produciría una dismusión de la tolerancia del organismo para los hidratos de carbono; disminución puesta de manifiesto por las pruebas de la glucosuria alimenticia, por las inyecciones de adrenalina y en muchos casos por la presencia espontánea de glucosa en la orina. El mecanismo de producción de esta glucosuria no parece debido a la falta de hormonas ováricas, ya que no se presenta inmediatamente después de la castración, sino, más bien, a los efectos que ésta produce en otras glándulas endocrinas, principalmente, en las suprarrenales y tiroides. En efecto, sabemos que la castración determina el hiperfuncionamiento de ambas glándulas y por consiguiente adrenalinemia por lo que se refiere al hiperfuncionamiento suprarrenal, excitación frecuente del simpático, por lo que hace al hiperfuncionamiento del tiroides, factores que bastan para la producción de la glucosuria. Naturalmente esto no quiere decir que sean los únicos que contribuyan a su producción (ya que sabemos que son muchos los que pueden determinarla) y así se señala una intervención en el fenómeno a la hipófisis y, según algunos autores, hasta intervendría el páncreas. En terreno predispuesto esta glucosuria puede ir hasta el desarrollo de la verdadera diabetes.

La eliminación de las sales de calcio y también de magnesio y fósforo estarían disminuídas en la mujer castrada, según muchos autores. Apoyan estos reconocimientos, el hecho de que la ovariectomía dé buenos resultados, en la mayoría de los casos de osteomalacia, donde sabemos que el calcio sobre todo se elimina en gran cantidad; así como los experimentos de fisiología que ponen de manifiesto la consolidación más rápida de las fracturas en animales castrados.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Del lado del aparato circulatorio se presenta: taquicardia, hipertensión, zumbidos de oídos, crisis de palpitaciones; fenómenos vasomotores, que se traducen por golpes de calor en la cara que aparecen por crisis, (muy frecuentes en los primeros tiempos que siguen a la castración) y que se acompañan o les siguen sudores profusos, o bien congestiones de distintos órganos o mucosas que, como hemos dicho, al hablar de la menstruación aparecerían, frecuentemente, en los días correspondientes a las reglas. En la aparición de estos distintos trastornos, deben tomar parte muy importante la hiperactividad del tiroides y de las glándulas suprarrenales. Adler ha constatado una disminución de la rapidez de coagulación de la sangre en la mujer ovariectomizada, así como el aumento del número de los glóbulos rojos y blancos.

Del lado del sistema nervioso se señalan: pesadillas, insomnio, neuralgias de localización diversa, principalmente hemicránea nocturna, dolores localizados al hipogastrio con irradiaciones a los muslos, astenia neuro-muscular, etc.

Las manifestaciones neurasténicas son muy frecuentes; la inquietud e irritabilidad de las castradas después de la pubertad, contrasta con la timidez de las que lo han sido antes de ella; no es raro que se presente debilidad nerviosa. La debilidad de la memoria es frecuentísima. Se señala además como consecuencia de la ovariectomía, la aparición de crisis de ansiedad, de crisis histéricas, de fobias, de impulsiones, de vértigos, de síncopes, etc., así como de psicosis periódica y de otros estados vesánicos, en cuya eclosión se debe tener presente el estado mental anterior a la operación.

El mecanismo por el cual se presentan los trastornos nerviosos y mentales que acabamos de enumerar, no es difícil de explicar en términos generales, si se tiene en cuenta que los órganos de secreciór interna están tan íntimamente ligados al siste-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ma nervioso vegetativo que se les puede llamar los reguladores "neuro-químicos" del metabolismo, ya que las hormonas que ellos fabrican, para operar modificaciones en el organismo, necesitan como intermediario obligado el sistema nervioso antedicho y la inversa también es valedera. Por otra parte, más íntima no puede ser la conexión que existe entre el sistema nervioso vegetativo y la actividad psíquica, que se manifiesta no solamente en lo patológico, sino en lo normal; así, por ejemplo, son hoy bien conocidas las relaciones entre la emoción de cólera y la actividad de las glándulas suprarrenales. Un ejemplo notable de la acción de la actividad psíquica sobre la endocrina es el constatado por Ancel y Bouin y Regaud, de la ruptura del folículo maduro y la formación del cuerpo amarillo por la simple influencia del coito, sin intromisión espermática. La relación endocrino-nerviosa, que es evidente, puede ser difícil de puntualizar en cada caso concreto, pues ella es directa o indirecta, de diversos modos, por conexiones próximas o remotas y de causalidad simple o múltiple.

TRATAMIENTO

Sospechada la función de secreción interna del ovario, por la observación de los trastornos más saltantes que su extirpación origina, lógico era que se tratara de hacerlos desaparecer por medio de la opoterapia ovárica, ya que se conocían los benéficos resultados obtenidos por este método en casos análogos, como son los de la opoterapia tiroidea en los casos de extirpación del tiroides.

La administración del ovario crudo de oveja o de vaca, fué lo primero que se puso en práctica; se daba 2 o 3 gramos diarios en obleas, cápsulas, etc. Posteriormente se administró el ovario desecado al vacío y reducido a polvo (ovarina), en cápsulas,

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

obleas, píldoras o comprimidos, a la dósis de 0'20 a 0'60 o más, en las 24 horas. Este preparado es el más usado y mejor tolerado por las enfermas. También se ha hecho uso de extractos glicerinados, en forma de inyecciones hipodérmicas, siendo poco usados por ser dolorosa su aplicación.

La administración de la glándula genital, bajo estas diferentes formas y principalmente de la ovarina, ha dado, en manos de algunos autores, resultados manifiestos y casi inmediatos, sobre los trastornos vasomotores, palpitaciones, neuralgias, insomnio, etc. y más lentos y menos seguros sobre los trastornos mentales y del metabolismo. Naturalmente, los beneficios de este tratamiento, pocas veces son permanentes; lo general es que se hagan sentir el tiempo que él dura, ya que se trata de opoterapia sustituva. Pero sea por los distintos modos de preparación de estos extractos (nos referimos a la ovarina en especial, que es la más empleada), sea porque se alteran con el tiempo, lo cierto es que no todos los clínicos han conseguido los benéficos resultados que antes hemos señalado.

El descubrimiento por Fraenkel de las funciones del cuerpo amarillo, hizo pensar a éste, lo mismo que a otros muchos autores, que a la falta de aquellas eran debidos los trastornos que siguen a la ovariectomía. De aquí la preparación de extractos de esta porción del ovario (ocreina, corpora lutea), la que se creyó la única útil de aquél, el "alcaloide ovárico", como dice Vital-Aza, y su administración a enfermas que sufrían los trastornos ovari-privos, habiendo obtenido en muchos casos su desaparición. Sin embargo, otros clínicos no han sido igualmente felices y niegan los buenos resultados de este tratamiento. En apoyo de ellos no sólo están los fracasos clínicos, sino también el conocimiento más amplio que hoy tenemos de la fisiología ovárica; sabemos, en efecto, como ya lo hemos dicho en el capítulo correspondiente, que no sólo el cuerpo amarillo tiene funciones de secreción

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

interna, sino también y múltiples ,los folículos y la glándula intersticial.

Los éxitos alcanzados con los compuestos de cuerpo amarillo deben atribuirse quizá a que la castración no ha sido completa, aparte que el descubrimiento de los órganos *paraglandulares,* formaciones embrionarias, capaces de entrar en función de suplencia, después de la extirpación de algunas glándulas endocrinas, puede dar la clave de los referidos éxitos, así como de muchos casos de castración no seguidos de sus trastornos característicos.

Los fracasos de la opoterapia ovárica frente a los trastornos ovari-privos y los éxitos alcanzados en hembras animales castradas con el injerto, ya de fragmentos o de la glándula íntegra de animales de la misma especie (homoplastia), ya con ovarios de especies distintas, hizo que se ensayara este procedimiento en la mujer ovariectomizada. Esta experiencia dió buenos resultados por primera vez a Morris, en 1895, quien injertó a una ovariectomizada de 20 años el ovario sano de otra mujer de mayor edad, no habiendo presentado la operada los trastornos ovari-privos y habiéndose hecho después embarazada y logrado tener un chico normal. Algunos autores, estudiando detenidamente el asunto, pensaron que tales resultados, eran no debidos a la función ejercida por el ovario injertado, sino que, tal vez, dicho resultado era el efecto de la función de suplencia de ovarios supernumerarios y aún más, pensaron en la posibilidad de la no extracción total del ovario en el momento mismo de la intervención. Otros cirujanos Tuffier, Martin, Kayser, etc., también han obtenido éxitos, pero no tan completos como los de Morris. Entre nosotros, nuestro maestro el doctor Carvallo ha practicado algunos, desgraciadamente, sin resultado conocido.

Desde el punto de vista teórico el injerto sería el tratamiento ideal, de los trastornos de la castración, siempre que él adquiriera las adherencias nece-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

sarias para su vida y por consiguiente, para el desempeño de sus funciones; pero fatalmente las cosas no pasan siempre así y el ovario injertado se reabsorve y, según muchos autores, aún en el caso de adquirir adherencias su vida no duraría mucho; así que no se conseguiría sino alejar los efectos de la castración. Desde luego, hemos de reconocer que hay en esto una ventaja: la de simular, aunque muy remotamente, el proceso de la menopausia natural.

Los sitios de elección para verificar el injerto han sido en unos casos el fondo uterino, en otros el ligamiento ancho, o bien en las paredes de la incisión de laparotomía, ya entre los músculos rectos y el peritoneo, ya entre la aponeurosis y la piel, en el tejido celular subcutáneo. De estas diferentes localizaciones, la que parece haber dado los mejores resultados, es la hecha en el ligamento ancho, en las proximidades del ovario extirpado.

Posteriormente el mejor conocimiento de las glándulas vasculares sanguíneas y de su fisiopatología, poniendo en relieve que el trastorno de una de ellas, sea en más o en menos (hiper o hipo función) repercute sobre el funcionalismo de sus congéneres, ha llevado a la preparación y empleo de productos pluriglandulares, muy empleados entre nosotros como la Hormotone, Fandorina, etc.; pero tampoco se han obtenido con ellos resultados palpables, al contrario, puede decirse que han sido nulos en la mayoría de los casos.

Tuffier y Mauté, con muy buen criterio, fundados en las manifestaciones de hiperfuncionamiento tiroideo y suprarrenal que son, como ellos mismos hacen notar, las alteraciones más saltantes de la castración, recomiendan el suero antitiroideo para modificar las manifestaciones dependientes del hiperfuncionamiento del tiroides y dicen haber conseguido, ya sea con el opio, el salicilato de soda, la ipeca o la ergotina dominar el hipersuprarrenalismo. Con este tratamiento han logrado mejorías notables.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Iguales resultados señalan con la administración de tiroidina y adrenalina a pequeñas dosis, fundados en que "es un principio general de opoterapia que los extractos a pequeñas dosis parecen, en ciertos casos, refrenar la función y son, en consecuencia, reguladores.".

Entre nosotros, el doctor Juan Voto Bernales, ha conseguido modificar favorablemente los trastornos de esta forma de insuficiencia ovárica y principalmente los vasomotores, que son los que más molestan a las enfermas, con la administración de la ergotina Ivon, XV gotas en los alimentos por algún tiempo.

Nuestro maestro el doctor Juvenal Denegri, nos refiere haber obtenido buenos resultados y tratar actualmente algunos casos por medio de la tiroidina, hipofisina y ovarina, administradas simultáneamente o bien de un modo sucesivo (dos días cada preparación). También nos dice haber obtenido, en algunos casos, buenos resultados con la administración de Ocreína o Corpora lutea.

Doederlein y Kroenig dicen haber obtenido resultados favorables con la administración de arsénico a pequeños dosis y también con la administración de agua de Levico (agua arsenoferruginosa) una o dos cucharadas. Estos éxitos deben atribuirse seguramente a la acción moderadora del arsénico sobre el tiroides, que es, como dejamos anotado en el capítulo correspondiente, una de las glándulas que más interviene en la potegenia de los trastornos ovariprivos.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

CONCLUSIONES

1ª.— Los trastornos lejanos de la ovariectomía son de origen endocrínico.

2ª.— Las glándulas endocrinas más alteradas son: el tiroides, las cápsulas suprarrenales y la hipófisis.

3ª.— No contamos actualmente con medios eficaces para dominar todos los trastornos lejanos de la ovariectomía.

4ª.— La extirpación de los ovarios no sólo inutiliza a la mujer desde su punto de vista más noble y elevado: la maternidad, sino que, en la mayoría de los casos, hace de ella una eterna enferma.

5ª.— Que las razones anteriores deben llevar a ser conservadores, siempre que la naturaleza de las lesiones no obligue a la extirpación total.

Lima, Mayo 10 de 1919.

RICARDO MENDOZA M.

HISTORIAS
CEDIDAS POR EL
DOCTOR HERMILIO VALDIZAN

Obs. 1.— N. N., de 27 años de edad, de raza blanca, costurera. Hija de padres sanos y sin antecedentes personales que valga la pena mencionar desde el doble punto de vista endocrinológico y psiquiátrico. Menstruada a los 13 años de edad, lo ha sido regularmente hasta el año de 1916, en el cual sus periodos han comenzado a ser irregulares, a suspenderse por dos y tres meses, al mismo tiempo que la enferma presentaba otras molestias que la han obligado a dirigirse a un ginecólogo. Este ha iniciado diversas curas ninguna de las cuales produjo los resultados que la enferma esperaba de ellas. Y final-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

mente ha decidido una intervención quirúrgica que la enferma ha comenzado por rechazar y que ha concluído por aceptar, convencida de la necesidad ineludible de intentar la cura quirúrgica de sus trastornos, agotados los recursos de orden médico.

Dos meses después de la intervención quirúrgica (ovariotomía doble) la enferma ha comenzado a experimentar diversos trastornos que ella no creyó jamás vinculados a la falta de ovarios. Se trató, en un principio, de dolores vagos, de sede preferentemente lumbar, con irradiaciones hacia los miembros abdominales y hacia el tronco, dolores que, dicho sea de paso, le fueron tratados como de naturaleza artrítica, con éxito muy variable. Estos dolores pasaron a la categoría de síntoma secundario al inicio de manifestaciones vasales que la mortificaban grandemente. La enferma sentía movimientos congestivos de su cabeza, en los cuales "creía que se le iba a reventar la cara" y sudaba profusamente en una área tegumentaria cuyo límite inferior era la base del cuello. A momentos creía ser víctima de accidentes sincopales, pues sentía que disminuía grandemente la frecuencia y la intensidad de los batidos cardiacos. También vino sujeta a enfriamientos intempestivos e inmotivados de sus extremidades. Al mismo tiempo que evolucionaban estos síntomas diversos, la enferma caía en un abatimiento considerable y en una susceptibilidad emotiva que la irritaba por haber sido, antes de su enfermedad, persona moralmente vigorosa y de enérgicas reacciones frente a frente de las estimulaciones afectivas de la vida, una de esas mujeres que "ríen de los nervios... y de los nerviosos también". Sobre esta base depresiva sentimental debía levantarse por fuerza un trastorno acentuado de los procesos volitivos, ya que existe una relación estrecha entre los sentimientos, origen más remoto de la acción y ésta. La antigua infatigable laboriosidad de la enferma había cedido plaza al más absoluto de los abandonos y a la búsqueda incesante

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

de soledad y de quietud en las cuales la enferma se abandonaba a sus ideas hipocondriacas y al dolor de aquella *extinción* que ella percibía claramente y que era implacablemente progresiva.

Desde el punto de vista neurológico sólo era de constatarse una ligera hiperreflexia para los superficiales y una hiperestesia bastante considerable para la estimulación térmica.

La enferma se mostró bastante dócil a la plática psicoterápica, a la cual asociamos la cura opoterápica. Desgraciadamente, ésta no ha dado resultados satisfactorios, a pesar de los múltiples ensayos que hemos llevado a cabo, asociando todas las hormonas que, a juicio nuestro, podían corregir el vacío orgánico de la enferma. Un solo beneficio hemos conseguido para ella y éste ha sido de orden exclusivamente psicoterápico: hemos conseguido que conceda menos importancia a sus síntomas mortificantes y que busque en el trabajo manual intenso sin llegar a la fatiga y repetido lo más frecuentemente posible un derivativo a su depresión psíquica y a sus ideas hipocondriacas. Los trastornos vasales siguen manteniéndose en pié. Lo único que hemos conseguido es que la enferma los acoja con una mayor resignación y con una más leve protesta.

Obs. 2.— E. Ch., de 32 años de edad, de raza india, natural de Puno, cocinera. Fué enviada a nuestro consultorio por el distinguido cirujano que la había sometido a una ovariotomía doble. La escasa cultura de la enferma, la pobreza de su vocabulario castellano y el poco conocimiento de este idioma, dificultan considerablemente la averiguación de una sintomatología esencialmente subjetiva y cuya mayor claridad depende del desarrollo de la auto-observación de los enfermos.

La sujeto que nos ocupa, acusaba, tres meses después de sometida a la intervención quirúrgica, "bochornos", dolores a la región pectoral izquierda y palpitaciones. Esta enferma había sido sometida

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

por el cirujano operador a una atinada cura opoterápica, que se había prolongado por siete meses y que no había conseguido resultado apreciable alguno.

Iniciamos con esta enferma el máximum de psicoterapia que ella podía recibir de nuestros escasos conocimientos de la lengua quechua, que era la de ella. Pero los resultados no fueron, debemos declararlo, nada halagadores. Iniciamos entonces la cura psicoterápica farmacológica, vía de sugestión bastante fácil entre sujetos como la enferma que nos ocupa; pero los resultados fueron idénticamente desfavorables. La enferma se aburrió de nuestros sistemas y no volvió a nuestro consultorio del "Dos de Mayo". La he visto por las calles, en estado de desnutrición muy acentuada.

Obs. 3.— C. E., de 37 años de edad, de raza blanca, dedicada a los quehaceres domésticos, persona culta, muy inteligente, sin ostentación desagradable de su vigor mental indiscutible. Sin antecedentes morbosos hereditarios o personales, habiendo vivido en un ambiente poco favorable al arraigo de aquellos pequeños vicios de educación que hacen de muchas mujeres otras tantas frágiles en la jornada de la vida, la señorita C. ha hecho vida normal hasta sus 33 años de edad, época en la cual fué ovariotomizada.

No es difícil reconstruir la fórmula psicológica de la señorita C. anterior a la intervención quirúrgica que dejamos nombrada. Ella reconoce haber sido una mujer *nerviosa,* pero dotada de una energía de control verdaderamente admirable: ella recuerda haber pasado momentos muy angustiosos en su vida, pero recuerda haber sido bastante dueño de sí misma para haber ocultado sus angustias ante la mirada no siempre piadosa de los demás. Más aún, ella, juzgaba que la mujer era, por razón de sexo, más susceptible que el hombre a la acción estimulante del ambiente; pero que no era fondo morboso, sino de simulación psicológica, para diferenciarla de la simula-

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

ción morbosa, el que había en el fondo de las reacciones demasiado teatrales de las mujeres frente a frente de las indicadas estimulaciones.

La señorita C. descansó por tres meses de las incomodidades funcionales derivadas de sus ovarios quísticos y fué al cabo de estos tres meses que se iniciaron los trastornos del sistema nervioso. Ella no sabe definir bien la fisonomía de estos trastornos iniciales; pero el hecho de haber ellos cedido con relativa docilidad a la acción terapéutica de los más modestos antiespasmódicos, parece indicar que se trató de esas crisis banales de excitación debidas a las causas más diversas y que, muchas veces, constituyen episodios únicos en la vida de una mujer. A estos trastornos iniciales leves siguieron, más tarde, trastornos hipocondriacos a tipo ambulatorio, con sede en los aparatos cardiaco, pulmonar y gastrointestinal. De la naturaleza de estos trastornos es posible afirmar que ellos debieron ser etiquetados como manifestaciones viscerales de un estado neurósico que despertaba lentamente.

La señorita C. había iniciado la cura opoterápica oportunamente; pero parece que la cura no había correspondido a las espectativas del cirujano operador; pues, al mismo tiempo que despertaba la neurósis, se manifestaban en la enferma algunos signos de su desequilibrio endocrino. Y éstos vinieron a ocupar un puesto de primer orden en la sintomatología de la enferma cuando ésta supo que no carecía de inconvenientes la extirpación de los ovarios. Entonces experimentó la enferma, en toda su solemne amplitud, aquella sensación de vacío que tan difícil es de combatir por mecanismo psicoterápico y que tan general es en la mayoría de las ovariotomizadas que hemos tenido oportunidad de estudiar desde el punto de vista psicológico.

Y, desde entonces esta señorita recorre los consultorios médicos en pos de un alivio que no obtiene

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

y perdiendo lentamente su fé en los médicos y en la Medicina.

Al examen de la enferma constato la presencia de dos placas anestésicas irregularmente poligonales, simétricas, en la cara anterior de los muslos, exageración de los reflejos superficiales, abolición del reflejo faríngeo, abolición de los reflejos de Openheim. El exámen psicológico descubre una mortificante movilidad de la atención, que obliga a la enferma a esfuerzos ostensibles de concentración, un aumento de la emotividad, una exageración afectiva considerable y una inestabilidad volicional incuestionable.

Esta enferma es, para nosotros, una neurósica, una histérica, si se quiere concretar mayormente el diagnóstico; pero, de conserva con sus trastornos nerviosos, se constatan en ella síntomas de disendocrinismo.

Y es el momento de plantear el problema práctico del caso clínico preguntando si el disendocrinismo post operatorio es un simple contemporáneo de la neurosis o es el que la ha sacado del sueño en que yacía y la ha puesto en pié para mayor tristeza de la vida de la señorita ovariotomizada. Posible que el desequilibrio endocrino post operatorio haya actuado en forma análoga a como hubiera podido actuar un traumatismo psíquico, a como hubiera podido actuar una infección o una intoxicación. Es posible.

HISTORIAS

CEDIDAS POR EL

DOCTOR JUAN VOTO BERNALES

Obs. 4.— Señora N. N., natural de Lima, de raza blanca, de 43 años de edad actualmente, de constitución fuerte. Ha tenido solo un hijo.

Operada el año 1907 de histerectomía con extirpación de anexos, presentó poco tiempo después

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

trastornos ruidosos localizados a los órganos esplácnicos, revelados por constipación pertinaz, sensación de *peso* en el epigastrio y desequilibrio nervioso de tipo simpático (irritabilidad). Luego adelgazamiento y notoriamente un sindroma de esplacnoptosis, confirmado por la radioscopia: el estómago desciende hasta el nivel de las fosas iliacas, lo mismo que el colón trasverso.

Presenta síntomas funcionales variados en relación con la situación anormal de sus vísceras.

Obs. 5.— Señora N. N., de 40 años de edad, de constitución fuerte. Operada en París por el profesor Faure de histerectomía total con extirpación de anexos, presenta a su llegada a Lima, un año después, trastornos múltiples del lado del sistema nervioso traduciéndose por opresión, fatiga y ataques con pérdida del conocimiento. Del lado del aparato circulatorio presenta frecuentes bochornos acompañados de sudores profusos, trastornos éstos que la mortifican mucho.

La enferma que nos ocupa presenta un aumento manifiesto del tejido adiposo, particularmente notable a nivel del bajo vientre, de las caderas, de los muslos y las mamas.

Sometida al principio al tratamiento opoterápico, no se obtuvo ningún resultado. Posteriormente sometida a la administración de la ergotina Ivon XV gotas en los alimentos por algún tiempo, se consiguió la desaparición de los bochornos y de los sudores, así como la de los ataques con pérdida de conocimiento.

ALGUNAS HISTORIAS DE ENFERMAS OBSERVADAS POR NOSOTROS

Obs. 6.— Señorita X, de 36 años de edad, histerectomizada con extirpación de anexos.

Interrogada acerca de los trastornos que nos ocupamos, dice: fuí operada en 1914 a causa de un tumor que tenía en el vientre que me causaba dolores y otras molestias. Siempre he reglado bien;

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

nunca he perdido sangre. A los dos años de operada se iniciaron mis trastornos. Tengo muchos vértigos y dolores al cerebro; sudo mucho y en cada hora me vienen golpes de sangre a la cabza. Todo esto creo que me ha vuelto nerviosa, pues, antes de la operación, mi carácter fué alegre y hoy, después de ella, se ha hecho caprichoso e irritable.

Me he puesto más gorda con depósito de grasa abundante, principalmente, en el bajo vientre, las caderas y los senos.

Parece que todos estos achaques han traído a mi espíritu un estado de preocupación y tristeza constantes, que me hacen sentir enferma.

Antes de ser operada no he tomado medicamento alguno. Después he tomado mucho tiempo Ocreína Gremy y Corpora lutea, ambos específicos recomendados por el cirujano que me operó, sin conseguir ningún alivio. Hoy estoy tomando Hormotone y creo sentirme mejor.

Obs. 7.— Señora N. N., peruana, de 40 años de edad; ha tenido cinco embarazos normales y lo mismo sus partos. Sus padres han sido sanos.

Entre sus antecedentes patológicos debemos anotar el asma, de la que ha sufrido desde los 20 años, algunos ataques sin regularidad en su aparición y antes bien, habiendo pasado períodos de uno y dos años sin haber tenido alguno. Nos refiere haber sufrido posteriormente de sus anexos, lo que la obligó a hacerse operar, el año 1914, siendo histerectomizada con extirpación de aquellos.

Los trastornos ovari-privos hicieron su aparición pocos días después de operada, manifestándose por bochornos muy frecuentes, acompañados de palpitaciones y sudores, localizados principalmente en la cabeza y a la espalda. Poco tiempo después, se adieron a éstos la cefalalgia, el insomnio, las pesadillas "de cosas muy feas", así como cierto estado de nervosismo, trastornos todos que la mortificaban mucho y que persisten hoy.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

A los dos años de la intervenciôn se presentó en nuestra enferma uno de sus achaques más molestos: el asma, que antes no era un episodio frecuente, se prsenta desde entonces todos los meses en la época correspondiente a sus extinguidas reglas. Debemos anotar que en algunas ocasiones con cuidados higiénicos, que no puede dárselos siempre por su condición social, ha conseguido que el ataque no se presente.

No ha presentado después de la operación, engrasamiento manifiesto y apenas si existe hoy un ligero aumento del tejido adiposo del bajo vientre y de las caderas. Hay atrofia, no muy marcada, de las mamas.

Repetidos análisis de la orina han puesto en evidencia un ligero aumento de la eliminación de los fosfatos. No hay glucosuria expontánea.

Esta enferma ha sido sometida desde los primeros tiempos que siguieron a la intervención, al tratamiento opoterápico, por la "ocreína" y la "corpora lutea", sin conseguir mejoría alguna. Nosotros le hemos suministrado un preparado de ovarina de Zebor, que lo ha tomado 8 días, (dos pastillas diarias), después de los que nos dice haberlo abandonado por creer que le ha aumentado la intensidad de sus trastornos, así como por habérsele presentado algunos del lado del aparato digestivo que ella los atribuye al específico.

Obs. 8.— Señora N. N., peruana, de raza blanca, de 19 años de edad; de antecedentes patológicos hereditarios sin importancia. Refiere haber sido sana, pero haber presentado leucorrea a los 15 años. Su primer parto se realizó en los albores de los 18 años, siendo seguido de infección puerperal que duró poco tiempo; en su segundo embarazo tuvo placenta previa lo que hizo necesaria una intervención obstétrica a los 7 meses de aquél. La operación fué seguida de infección con localización principal en los anexos, lo que obligó al cirujano a practicar su ablación, junto

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

con una histerectomía sub-total. Esta enferma ha tenido después un proceso de periostitis supurada del femur izquierdo que la obligó a ponerse en manos de un cirujano que la sometió al tratamiento indicado.

A los 9 meses de la operación de sus anexos, nuestra enferma conserva aún huella del cloasma del embarazo; astenia neuro-muscular, que hace que se fatigue al menor trabajo; tendencia a la somnolencia; imposibilidad de fijar la atención durante algún tiempo, por verse rápidamente acometida de dolor a los ojos y al cerebro. Aparte de esto la cefalalgia se ha hecho frecuente.

Nos parece digno de consignar el hecho que esta enferma sin amamantar, ha conservado hasta hace pocos días la secreción láctea, habiéndose ésta suspendido, solamente, durante sus procesos febriles de los anexos y del periostio antes señalados.

Los análisis de la orina no manifiestan nada anormal.

Presión sanguínea tomada al Pachon 9 máxima y 6 mínima.

No está sometida a ningún tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

Testut.— Anatomía humana (IV tomo).

Pende.— Endocrinología.— Milano 1916.

Marañón.— "Las glándulas de secreción interna y las enfermedades de la nutrición".—Madrid 1916.

Marañón.— "Contribución al estudio de la clínica de la insuficiencia ovárica".— Revista Española de Obstetricia y Ginecología.— 1917.

Vital Aza.— "Concepto actual del funcionalismo ovárico".— Revista Española de Obstetricia y Ginecología.— 1916.

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Pozzi.— Traité de Gynécologie.— 1904.

E. Forgue y J. Massabuau.— Tratado de Ginecología.— 1917.

Kelly y Noble.— Ginecología y Cirugía Abdominal.— 1916.

Grasset.— Fisiopatología clínica.

Grasset.— Terapéutica General.

Recasens.— Tratado de Obstetricia.— 1916.

Doederlein y Kroenig.— Ginecología Operatoria.— 1914-1915 (primer fasc.)

Th. Tuffier y A. Mauté.— Les Accidents de la Ménopause Artificielle.— La Presse Médicale.— 1912.

F. Jayle.— Effets physiologiques de la castration chez la femme.— Rev. Gyn. et de Chir. abd.— 1897.

Boursier.— Manual de Ginecología.

J. L. Faure.— Chirurgie des Annexes de l' Utérus.—1902.

V. Conill.— Fisiología del ovario.— El ciclo generativo y el ciclo de secreción interna.— Revista Española de Obstetricia y Ginecología.— 1916.

Guillermo Fernández Dávila.— Cirugía conservadora de los anexos.— 1908.

Vital Aza y J. Macau.— Modificaciones uterinas consecutivas a castración ovárica doble.— Revista Española de Obstetricia y Ginecología.—1916.

Arnozan et Mongour.— Précis de thérapeutique.— 4a. ed. — 1912.

HOSPITAL VICTOR LARCO HERRERA
R. 1487
BIBLIOTECA
MAGDALENA DEL MAR

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera

Biblioteca Enrique Encinas | Hospital Víctor Larco Herrera